FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — **THÈSE** N° — 

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 18 Juillet 1906, à 1 heure

PAR

Henri CARRIÈRE

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Externe des Hôpitaux
Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

Du Sarcome de l'Amygdale

CHEZ L'ENFANT

Président : M. SEGOND, *professeur*

Juges { MM. DELENS, *agrégé*
RIEFFEL, *agrégé*
DUVAL (PIERRE), *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1906

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — **THÈSE** N° 427

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 18 Juillet 1906, à 1 heure

PAR

Henri CARRIÈRE
De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Externe des Hôpitaux
Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

Du Sarcome de l'Amygdale CHEZ L'ENFANT

Président : M. SEGOND, *professeur*

Juges MM. DELENS, *agrégé*
RIEFFEL, *agrégé*
DUVAL (PIERRE), *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
BONVALOT-JOUVE
15, RUE RACINE, 15
1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat.
BROCA (ANDRÉ	GOUGET	MAILLARD	TEISSIER
CARNOT	GUIART	MARION	THIROLOIX
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CUNEO	LABBE	MERY	WALLICH
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hospice de la Salpêtrière
Officier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

Du Sarcome de l'Amygdale

CHEZ L'ENFANT

AVANT-PROPOS

C'est pendant l'année accomplie en qualité d'externes dans son service que M. le Dr Moizard, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, nous confia, à notre ami Léon Aumont et à nous-même, le sujet de notre thèse inaugurale.

Qu'il veuille bien nous permettre à tous deux de lui assurer ici notre très vive gratitude, non seulement pour le grand profit que nous avons tiré de ses avis et de sa longue expérience clinique, mais aussi pour sa constante et paternelle sollicitude.

C'est grâce à son enseignement de tous les jours que nous acquîmes une sérieuse connaissance de la

pathologie infantile, si différente à tous points de vue de la pathologie de l'adulte.

Sauf MM. Oulmont et Hip. Martin, à qui nous devons, chacun en particulier, d'avoir été parfaitement initiés à notre rôle d'externes, nos maîtres nous furent tous communs et nous eûmes le bonheur de poursuivre côte à côte toute la série de nos études médicales.

Avec M. Aug. Broca, nous apprîmes les premières notions de chirurgie et la technique des pansements. Nous lui en exprimons nos très vifs remerciements.

Le regretté professeur Tillaux fut notre maître durant une année ; la mémoire nous restera fidèlement gravée de ses leçons si pleines de sens pratique et de clarté.

A M. le D[r] Bazy, qui soigna notre père à plusieurs reprises avec un sympathique et cordial dévouement, nous adressons l'assurance de notre plus durable souvenir.

MM. Ch. Monod et Arrou, qui nous aidèrent ensuite à nous perfectionner dans l'art chirurgical, ont droit à notre profonde reconnaissance.

De même, l'art important des accouchements nous fut enseigné par MM. Bar et Brindeau ; nous les associerons, dans notre gratitude, à nos précédents maîtres.

MM. Lesné et J.-P. Teissier nous ont prodigué leurs conseils pendant les congés de nos chefs ; nous les en remercions sincèrement.

L'honneur et la faveur nous furent accordés d'être

tour à tour stagiaires et externes chez M. le Dr Barth, médecin de l'hôpital Necker. Nous avons envers lui une dette de reconnaissance toute spéciale pour son enseignement si éclairé de clinicien et de thérapeute qui imprégna si fortement nos esprits. Nous n'oublierons pas davantage ses sages conseils déontologiques, si précieux pour le jeune praticien, ni les encouragements qu'il n'a cessé de nous prodiguer durant les deux années que nous passâmes près de lui.

Que M. le professeur Segond, qui nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, veuille bien agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

Parmi les tumeurs malignes de l'enfance, le sarcome détient de beaucoup la première place, du moins en fréquence, sinon en gravité. Le plus souvent aussi, sa localisation est viscérale, avec prédominance sur le rein. Une statistique récente de MM. Arnoz Alfaro et Manuel Santas (*Archives de médecine des enfants*, octobre 1905, p. 602), embrassant un grand nombre d'observations de sarcomes viscéraux chez les enfants, confirme cette fréquence, et les dix derniers cas personnels qu'ils relatent sont tous viscéraux, avec mortalité de 100 pour 100.

Le sarcome de l'amygdale, au contraire, est assez rare pour que MM. Moizard, Denis et Rabé aient jugé intéressant d'en relater un cas observé et d'en faire le point de départ d'un mémoire sur les tumeurs malignes de l'amygdale chez l'enfant, publié dans le numéro d'août 1904, des *Archives de médecine des enfants*, mémoire auquel nous ferons de larges emprunts. C'est à l'occasion de ce fait que nous décidâmes, à l'instigation de M. Moizard, du sujet de cette thèse : nous le rapporterons donc à nouveau tout entier. Il a paru depuis lors une nouvelle observation de MM. Josias, Delille et Gy, dans la *Méde-*

cine moderne, 21 juin 1905, dont nous ajouterons le résumé à l'observation précédente.

OBSERVATION I

(MM. Moizard, Denis et Rabé)

Le 20 novembre 1903, le jeune D..., âgé de neuf ans, est conduit par sa mère à la clinique laryngologique de la Faculté.

Sa voix est nasonnée, il prononce difficilement certaines syllabes, et sa mère déclare qu'ayant remarqué cette articulation défectueuse depuis une dizaine de jours, elle vient de découvrir dans la gorge de l'enfant une « grosseur de l'amygdale gauche ». L'examen de la gorge dénote en effet une hypertrophie en masse de la tonsille de ce côté, d'autant plus frappante que le volume de l'antre est tout à fait normal. Sa suface est rouge, très vascularisée et cette rougeur s'étend à toute la moitié gauche du voile du palais. La tuméfaction est lisse, régulière, sans ulcération de la muqueuse.

Le toucher donne une sensation de résistance très nette, élastique ; il ne détermine aucune douleur : pas de ganglion au niveau de la région sous-maxillaire. Une légère incision est pratiquée au point culminant de l'amygdale sans aucun résultat, et l'hypothèse d'une tumeur maligne est aussitôt émise.

Quelques jours après, l'enfant entrait à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de l'un de nous.

Ce qui nous frappa tout d'abord, ce fut son apparence d'excellente santé. Le teint était rose, la physionomie intelligente, exprimant la gaieté ordinaire d'un enfant.

A part un nasonnement très marqué, et une très

faible gêne de la déglutition, il avait toutes les apparences d'une santé parfaite. Le contraste n'en était que plus douloureux avec la lésion de l'amygdale, dont l'irrémédiable gravité s'imposait dès le premier examen.

En quelques jours, en effet, le mal avait fait des progrès sensibles. L'hypertrophie de l'amygdale est énorme : sa face interne dépasse le plan de la luette qui est refoulée à droite, son bord inférieur atteint les replis épiglottiques ; en avant, le pilier antérieur et la moitié gauche du voile du palais bombent vers l'orifice buccal.

La palpation, qui, à ce moment, ne détermine aucune douleur, donne la sensation d'une masse ligneuse, élastique, à surface régulière. Il n'y a aucune adénopathie sous-maxillaire.

Le foie et la rate sont normaux ; ni au niveau des aines, ni aux aisselles, on ne constate la moindre tuméfaction ganglionnaire. La température est normale. L'enfant qui a un excellent appétit, mange facilement les œufs, les légumes en purée, la viande finement coupée. le pain même, et la déglutition n'est nullement douloureuse.

Le diagnostic ne comportait guère d'hésitation.

La marche rapide de la lésion écartait l'idée de fibrome.

L'absence d'adénopathie, d'ulcération, d'induration parcheminée du tissu amygdalien, éliminait l'hypothèse d'un chancre syphilitique.

La résistance du tissu amygdalien, sans fluctuation, faisait rejeter l'hypothèse d'une gomme. Du reste, l'échec du traitement spécifique, qui fut cependant institué, fut caractéristique.

La tuberculose de l'amygdale est toujours une lésion ulcéreuse.

Il s'agissait donc bien d'une tumeur maligne de l'amygdale, sarcome ou lymphadénome ; et comme

l'examen du sang, fait à plusieurs reprises, montra toutjours une formule normale, leucocytaire ou globulaire, nous admîmes qu'il s'agissait soit d'un sarcome, soit d'un lymphadénome aleucémique de l'amygdale.

Pourtant, l'hypothèse d'une suppuration profonde ne pouvant pas être complètement élimimée, un laryngologiste pratiqua une incision assez profonde de l'amygdale : il ne s'écoula que du sang. L'effet de cette intervention fut déplorable. Elle sembla donner une activité nouvelle à l'évolution de la tumeur, qui augmenta de volume, sous nos yeux, avec une extrême rapidité, refoulant la luette, envahissant tout l'isthme, ne laissant entre elle et l'amygdale droite qu'une simple fente linéaire. Aussi, dès le 30 novembre, huit jours après l'entrée du malade à l'hôpital, la déglutition devient très difficile.

L'enfant ne peut plus avaler d'aliments solides ; seuls, les laitages, les œufs, les purées sont assez facilement déglutis. Le nasonnement s'accentue, la parole est presque inintelligible, la respiration devient bruyante et pénible, et cette dyspnée s'accroît pendant le sommeil.

En quelques jours les troubles respiratoires s'accentuent tellement, la suffocation est si menaçante, qu'à la prière de la mère de l'enfant le Dr Villemin consent à intervenir. Le 12 décembre, il pratique l'ablation de la tumeur, et abordant la région par le procédé de Krœnlein, après trachéotomie préalable.

Il pratique une incision prolongeant horizontalement la commissure labiale gauche, puis, descendant en bas et en avant du masséter. La branche horizontale du maxillaire inférieur est sectionnée en avant des insertions de ce muscle. Une large voie d'accès étant ainsi ouverte sur la région amygdalienne, la tumeur peut être séparée des parties voisines. Son adhérence à la

paroi latérale du pharynx est assez marquée pour rendre son énucléation difficile. Le maxillaire inférieur est suturé au fil d'argent, la joue au crin de Florence. On pratique le tamponnement de la fosse amygdalienne, et, pour assurer l'alimentation, on introduit, par les fosses nasales, une sonde dans l'œsophage.

Les suites de l'opération furent excellentes, et, au dixième jour, on put retirer la canule trachéale et la sonde œsophagienne.

Pendant un mois, l'enfant fut en parfait état. Sans aucune souffrance, il mangeait bien, était gai, respirait parfaitement. Mais dès le 20 janvier les lésions pharyngées récidivèrent. Le fond de la loge amygdalienne apparut fongueux et bourgeonnant.

Le voile du palais, les piliers, la paroi postéro-latérale du pharynx sont envahis par le néoplasme. Le 26 janvier paraît une otite moyenne gauche, compliquée de perforation tympanique et d'écoulement purulent. A ce moment également paraissent de violentes douleurs dans la sphère du trijumeau nécessitant des injections de morphine qu'on dut continuer jusqu'à la mort de l'enfant.

La partie de l'incision cutanée qui avait donné passage aux drains se boursoufle, s'indure, se couvre de bourgeons mous et saignants.

L'état général, toutefois, se maintient bon. L'appétit est conservé, et l'alimentation, composée de bouillies et de purées de légumes, est abondante, malgré la difficuté de la déglutition.

La formule hématologique reste absolument normale.

Dans le courant de février, parallèlement à l'extension de l'infiltration néoplasique, on voit reparaître les troubles mécaniques de la respiration et de la phonation. L'examen de la cavité buccale montre le voile du palais

très épaissi, chagriné, rouge vineux, bombant dans la bouche au point de réduire de moitié ses dimensions.

La fosse amygdalienne est comblée par de gros bourgeons, qui s'appliquent sur la base de la langue. Les gencives supérieures et inférieures du côté gauche sont tuméfiées irrégulièrement par l'envahissement néoplasique, ulcérées et sanieuses par places. La joue elle-même est envahie sur toute sa hauteur, saillante en masse, reportée en avant, et sa tuméfaction se propage vers la région cervicale par le développement d'adénopathies sous-maxillaires. La difformité qui en résulte est d'autant plus appréciable que la joue opposée est très amaigrie. Extérieurement la plaie, au niveau de l'incision opératoire, s'est élargie et recouverte de gros bourgeons charnus saignant facilement. L'état général décline alors rapidement. L'enfant maigrit et pâlit ; la fièvre, à exacerbations vespérales, se montre ; les douleurs s'accentuent, l'haleine est d'une extrême fétidité, la respiration de plus en plus difficile. Le malade succombe le 25 mars.

Autopsie. — L'examen des viscères montre l'existence de foyers secondaires dans les reins, le cœur (paroi postérieure de l'oreillette droite), la tête du pancréas. Le foie, la rate et les poumons sont normaux.

Examen de la tumeur enlevée par M. Villemin. — La tumeur atteint le volume d'une mandarine, son poids est de 40 grammes, sa surface de section montre un tissu ferme, blanchâtre, sec au raclage, sans tache hémorragique.

Examen microscopique. — Des fragments de la tumeur amygdalienne ont été fixés dans une solution de formol et d'eau salée à 7 0/00, inclus dans la paraffine et les coupes ont été colorées à l'hématéine-éosine. L'épithélium, normal par places, présente en d'autres points des lésions de vacuolisation, de désintégration nucléaire,

avec infiltration leucocytaire, conséquence d'une irritation peut-être de nature infectieuse. Par contre, la zone papillaire attire l'attention par son irrégularité et son aspect tourmenté. Les espaces interpapillaires apparaissent très allongés, et les digitations épithéliales, qui les séparent, forment de minces prolongements, recourbés, quelquefois anastomosés, qui pénètrent fort loin dans le tissu de la tumeur. En plusieurs points, on distingue, à une certaine profondeur, des boyaux épithéliaux isolés, perdus dans les nappes de cellules sarcomateuses, et qui représentent les tronçons terminaux de ces invaginations de l'épiderme. L'ordination des cellules épithéliales est constamment régulière ; on ne distingue aucune trace de prolifération de la couche muqueuse de Malpighi ; la membrane basale apparaît toujours très nette. Et ces irrégularités de structure doivent être considérées comme le résultat de l'envahissement des espaces interpapillaires par les éléments du sarcome qui ont allongé ces zones.

Cet aspect n'était pas généralisé ; et, dans les autres points de la préparation, le néoplasme restait distant de l'épithélium de revêtement, éloigné de lui par une certaine épaisseur du tissu dermique, ou par des fibres musculaires des piliers palatins. Cet épithélium reprenait alors un aspect normal.

Le tissu propre de la tumeur est constitué par d'immenses nappes de cellules rondes, très serrées les unes contre les autres, et dont la morphologie exacte peut être précisée aux confins de la préparation, où ces éléments ont subi une véritable dissociation. Il s'agit d'éléments de très petites dimensions, munis d'un noyau relativement volumineux qui présente parfois des figures de karyokinèse, et apparaît cerclé par une mince bande de protoplasma. Ces cellules sont nettement juxtaposées les unes à côté des autres, sans interruption

d'aucun élément interstitiel. Par places, cependant on distingue de grandes travées de tissu conjonctif fibreux, avec quelques surfaces de section de vaisseaux sanguins.

En plein tissu de la tumeur apparaissent souvent des coupes de vaisseaux. Ils présentent les caractères des capillaires néoformés ; ils n'ont pas de paroi propre, et sont creusés à l'emporte-pièce dans la masse du sarcome. Les cellules néoplasiques s'ordonnent autour de ces conduits et leur constituent un organe de soutènement.

Sur les confins des nappes de cellules, aux approches du derme muqueux, les éléments apparaissent moins abondants ; ils se clairsèment, et dans le derme on les voit, peu serrés, pénétrer la gaine lymphatique des vaisseaux, ou dissocier les travées conjonctives.

En d'autres points, la trame sarcomateuse apparaît découpée par des fibres musculaires striées, lambeaux des muscles des piliers palatins. Les globo-cellules, plus ou moins nombreuses, les enveloppent de toutes parts, sans les pénétrer en aucun point. Ces fibres musculaires conservent encore leur striation normale ; et les noyaux du sarcolemme sont en prolifération. Ces mêmes fibres semblent offrir une grande résistance à l'envahissement sarcomateux, car on rencontre parfois, en pleine tumeur, des fragments de fibres qui ont conservé leur striation et leurs noyaux.

En résumé, l'aspect des cellules qui constituent la masse de la tumeur, leurs rapports réciproques, leur ordination autour des vaisseaux à caractères embryonnaires, permettent de faire le diagnostic du sarcome globo-cellulaire de l'amygdale, sarcome à petites cellules, par suite d'allure très maligne.

Nous devons ajouter que des fragments avaient été durcis dans l'alcool, et débités au microtome à glissière. Les coupes ont été traitées par le pinceautage. Nous n'avons pu, malgré cette technique, faire disparaître l'opa-

cité des coupes, ni faire apparaître les mailles du lymphadénome.

OBSERVATION II

(MM. Josias, Delille et Gy. — (*Médecine moderne*, 21 juin 1905. Extrait dans *Archives de médecine des enfants*, mai 1906).

Sarcome de l'amygdale droite chez un enfant de dix ans. — Généralisation. — Purpura. — Mort.

Garçon de dix ans, entré à l'hôpital Bretonneau le 13 mai 1905 ; sujet aux maux de gorge, ayant de grosses amygdales. En mars, augmentation notable de l'amygdale droite avec adénite angulo-maxillaire ; épistaxis, céphalalgie légère. Le 13 avril, amygdalotomie ; l'examen de la partie enlevée montre un sarcome. Huit jours après l'opération, hémorragie de l'amygdale. La tumeur récidive plus volumineuse avec hypertrophie des ganglions. Le 9 mai, vomissements marc de café.

Le 14 mai, on note 38 degrés, une teinte subictérique, avec légère prostration ; poids, 38 kgr. 300. Langue saburrale, gencives décolorées. Au niveau de la région amygdalienne droite, on note la présence d'une grosse tumeur faisant saillie entre les piliers et débordant sur le pilier antérieur ; couleur rouge violacé ; aspect irrégulier, consistance mollasse ; indolence, hémorragies au moindre contact. Adénopathie angulo-maxillaire volumineuse. Foie et rate augmentés de volume. Pouls 120. L'examen du sang donne 2.178.000 hématies, 18.600 leucocytes, dont 29,46 o/o de polynucléaires et 68,69 o/o de mononucléaires.

Taches purpuriques nombreuses aux membres inférieurs ; plaques ecchymotiques au genou droit et au bras droit. Nodosité avec ecchymose au niveau de la région lombaire droite. Les 15, 16, 17 mai, vomissements, et diarrhée, tendance aux épistaxis. Le 18, fièvre, 39°5, polyurie, tendance à la syncope, dyspnée, œdème de la glotte, trachéotomie, mort.

Un fragment de la tumeur a pu être prélevé. Au microscope, amas de petites cellules rondes à gros noyau, minces travées de tissu conjonctif (sarcome globo-cellulaire).

D'après l'historique que nous empruntons au travail de MM. Moizard, Denis et Rabé, nous ne relevons que neuf cas vraiment authentiques de sarcome, auxquels il faut adjoindre l'observation de ces auteurs, ainsi que la précédente de MM. Josias, Delille et Gy.

Le cas le plus ancien appartient à Milani. Il s'agissait d'un jeune homme de dix-sept ans, atteint d'un sarcome de l'amygdale gauche qui évolua en cinq mois (*Gazette méd. italienne*, 1870).

Dans la thèse de Passaquay (1873), une observation de Bryan (*Guy's hosp. Rep.*), chez un jeune homme de dix-sept ans, est trop incomplète pour entraîner la conviction sur la nature de la tumeur.

En 1886, Castex publie dans la *Revue de Chirurgie* une revue générale sur « les tumeurs malignes de l'arrière-bouche ».

L'observation VII de cet intéressant mémoire a trait à une tumeur développée chez une fillette de dix ans, siégeant sur la moitié gauche du voile du

palais et décrite par M. Rémy comme un sarcome : mais dans ce cas l'amygdale n'était pas prise.

Deux nouveaux cas sont publiés en 1887 par W. Gray Troly (*Tr. Acad. med. Ireland*, Dublin, 1887). Dans le premier, il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans, qui, en six mois, mourut d'un sarcome de l'amygdale gauche.

Quant au second, il a trait à un enfant de six mois, atteint d'un sarcome de la tonsille droite qui amena la mort en huit mois.

Une revue très complète de Honsell (*Beiträge, f. clin. Chir.*, 1896) en signale quelques cas : un lymphosarcome inopérable de l'amygdale et du pharynx observé en 1869 par Billroth chez une jeune fille de dix-sept ans qui mourut en neuf mois ; un lymphosarcome de l'amygdale chez un jeune homme de dix-huit ans, observé en 1872 par Goodshurst (*Jahresber. d. Ges. Med.*, 1872).

L'auteur en a observé deux cas chez de jeunes sujets : un lymphosarcome de l'amygdale gauche chez un enfant de douze ans qui succomba en moins de trois mois, et un sarcome à cellules rondes chez un enfant de treize ans qui fut opéré deux fois.

Gardner (*Sarcome of the Tonsille*, *Austral med. Journ.*, 1892) cite, mais sans aucun détail, d'après Washington, un cas de sarcome amygdalien chez un enfant de six ans qui succomba en huit mois.

En décembre 1893, Verneuil publie dans la *Gazette des Hôpitaux* une observation très intéressante de sarcome de l'amygdale gauche, chez un jeune homme

de dix-huit ans, avec propagation à la moitié voisine du voile du palais, au bord et à la base de la langue.

Dans le *New-York medical Journal*, d'août 1895, on trouve une observation, de Bacon, de sarcome du cou comprenant l'amygdale gauche, chez un enfant de sept ans.

En 1899, Hopkins publie une observation de « sarcome probable de l'amygdale » récidivant et nécessitant de nombreuses interventions. La dernière récidive, deux ans après le début, aurait été traitée par des injections quotidiennes de toxine érysipélateuse et de *bacillus prodigiosus* sous l'influence desquelles la tumeur aurait presque disparu.

Si l'on met de côté les cas de Hopkins et de Washington dont la description est trop imprécise, ainsi que l'observation de Castex, où le point de départ fut au voile du palais, on reconnaîtra qu'il n'y a que onze cas vraiment authentiques de sarcome de l'amygdale chez l'enfant. Nous nous permettrons de leur confronter deux observations de lymphadénome recueillies : l'une, par Cresswell (*Archives of Otologie* de 1892), analysée dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* de 1893, où il s'agit d'un lymphome chez un enfant de quatorze ans, pris pour une hypertrophie simple, opéré et récidivant rapidement avec adénopathies considérables du cou, des aines et des aisselles ; l'autre, par MM. Josias et Tollemer, publiée dans le numéro du 14 décembre 1901 de la *Presse médicale*, portant sur un lym-

phome malin généralisé à début amygdalien, chez un enfant de neuf ans, et sur lequel nous aurons à revenir au cours de cette étude.

Depuis la publication du mémoire de MM. Moizard, Denis et Rabé, ont paru quelques communications et discussions sur le sarcome de l'amygdale chez l'adulte ou chez l'enfant. Nous essaierons d'en tirer quelques applications et déductions chemin faisant.

CHAPITRE I

Etiologie. — Pathogénie

Parmi les onze cas recueillis, un seul se produisit au-dessous de sept ans, celui d'un enfant de six mois, relaté par W. Gray Troly.

Les autres se répartissent de la façon suivante : 1 à neuf ans, 1 à dix, 1 à douze, 1 à treize, 3 à dix-sept et 2 à dix-huit.

En somme, on n'observe guère le sarcome de l'amygdale qu'une fois l'âge de sept ans, et surtout à partir de la puberté.

Le sexe semble n'avoir aucune influence sur sa production. Quant à la localisation, elle serait plus fréquente sur l'amygdale gauche.

L'hérédité peut être mise hors de cause, et le sarcome ne paraît pas se développer sous l'influence directe du traumatisme, de l'inflammation, de l'irritation. Cependant il est permis de penser que les amygdales volumineuses, lacunaires et anfractueuses, par la porte ouverte constante qu'elles offrent

aux infections de toute nature, sont plus sujettes à caution.

Dans le cas de Verneuil, le jeune homme examiné avait présenté une année avant l'apparition de la tumeur, une paralysie du voile du palais, vraisemblablement consécutive à une angine.

Le garçon observé l'an dernier par MM. Josias, Delille et Gy était sujet aux maux de gorge et avait de grosses amygdales. De même le lymphome étudié par ces mêmes auteurs avait débuté par une angine blanche, avec fausse membrane opaline streptococcique située du même côté que la tumeur. Et, à ce propos, ils émettaient deux hypothèses sur la nature de ce lymphome malin.

Il s'agirait « d'une maladie infectieuse ou d'une maladie du tissu lymphatique puisant son origine dans une altération spéciale des cellules d'un organe lymphatique et se caractérisant par la production du tissu lymphoïde morbide dans d'autres organes ».

Ils se demandent si l'on ne pourrait « opposer ou adjoindre au sarcome qui signifie maladie avec néoformation, le lymphosarcome ou maladie avec néoformation de tissu lymphatique, et si le lymphome malin ne serait pas un sarcome du tissu lymphatique, une néoplasie infectante des organes lymphoïdes ».

Nombreuses sont les raisons pour lesquelles ils penchent en faveur de l'hypothèse d'une infection : analogie de l'infiltration lymphatique nodulaire ou

diffuse du lymphome avec les granulomes infectieux de la tuberculose, de la syphilis, de la morve ; similitude des lésions intestinales de la fièvre typhoïde et de celles de la lymphadénie intestinale ; dégénérescence et présence d'ulcérations communes à tous les granulomes infectieux ; le début du processus et son évolution clinique enfin.

L'hypothèse de l'infection, plausible pour le lymphadénome, ne le serait pas moins pour le sarcome ou le lymphosarcome, comme le font imaginer les deux exemples suivants :

Dans le dernier cas de sarcome amygdalien observé par MM. Josias, Delille et Gy, le subictère, la décoloration des gencives, l'augmentation de volume du foie et de la rate, l'apparition de purpura, de plaques ecchymotiques et de la fièvre prouvent bien la présence d'une infection sanguine généralisée, à début précoce, puisqu'on constate la coïncidence d'une épistaxis, d'une légère céphalalgie avec l'augmentation de volume de l'amygdale et de l'adénite sous-maxillaire.

Que faut-il penser de ces phénomènes généraux au milieu desquels se développe la symptomatologie propre du sarcome ? On ne retrouve plus une atteinte du tissu lymphatique tout entier, mais une infection sanguine avec retentissement sur le foie et la rate très accentué.

Les recherches microbiologiques n'ont malheureusement jusqu'à présent rien donné.

Le second exemple nous est fourni par un fait

signalé par M. Routier à la séance du 22 novembre 1905 de la *Société de Chirurgie.*

On sait avec quelle intensité variable le tissu lymphoïde réagit suivant les individus. Nous avons vu, chez un de nos amis, étudiant en médecine, un engorgement massif des ganglions de la nuque, brusquement apparu à la suite d'un coup de froid, avec sensation de dureté presque ligneuse au palper, persister, sans modification aucune, pendant un mois environ, et disparaître comme par enchantement en deux ou trois jours. Il faut dire que notre ami possède un rhino-pharynx très susceptible, et c'est là qu'il faut chercher et faire remonter la cause de cette poussée ganglionnaire.

On sait également les rapports qui existent entre l'appendice et les amygdales au point de vue de l'analogie ou de la coexistence des réactions. L'étudiant dont nous venons de parler a plusieurs fois présenté, en même temps que de l'amygdalite, une douleur manifeste au niveau de l'appendice.

Or, le 28 juin 1905, M. Routier avait présenté à la Société de Chirurgie un appendice volumineux, « comme en banane », dont l'aspect lui avait paru singulier. L'examen histologique avait montré qu'il s'agissait d'une infiltration lymphoïde de l'appendice engainé dans des tissus fibro-myxomateux épais, et M. Cornil avait pensé à une simple inflammation chronique. La jeune malade était revenue avec une tumeur volumineuse de l'amygdale, une rate assez considérable, et un sang la rapprochant des leucémiques.

Et M. Routier demandait à ses collègues ce qu'il en fallait penser et quelle conduite adopter.

Un dernier fait, non moins curieux, vient d'être rapporté dernièrement dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* (mars 1906, p. 235) par MM. Jules Brockaert et Léon Laroy. Il s'agissait d'un sarcome latent de l'estomac ayant donné lieu à une tumeur volumineuse de l'amygdale qui seule attira l'attention pendant la vie, en imposant ainsi pour une tumeur primitive. Le malade était âgé de quatre-vingt-trois ans.

Ainsi, contrairement à ce que l'on croyait jusqu'alors, le sarcome de l'amygdale ne serait pas toujours primitif. Déjà, le fait signalé par M. Routier nous avait montré la corrélation possible entre une hypertrophie du tissu lymphoïde appendiculaire et l'apparition consécutive d'un sarcome de l'amygdale avec augmentation de volume de la rate. N'était-ce là qu'une simple coïncidence, ou faut-il voir entre ces phénomènes une relation plus étroite ? Il semble bien qu'il y ait eu une véritable réaction générale du tissu lymphoïde. Sous quelle influence a-t-elle pu se produire ? quelle en a été la cause véritable ? dans quelles conditions un organe lymphoïde fait-il de l'hypertrophie pure et simple, et dans quelle conditions du sarcome ? Autant de questions insolubles à l'heure présente.

De ces observations il résulte que l'évolution néoplasique diffère suivant les cas. Tantôt le tissu amygdalien réagit isolément, pour son propre compte, soit

par simple hypertrophie, soit d'une façon maligne, comme dans le cas de MM. Moizard, Denis et Rabé ; l'examen du sang donne alors une formule normale et les métastases sont tardives : le sarcome semble bien primitif ; tantôt il réagit concurremment et même consécutivement à des lésions étendues à tout l'appareil lymphatique ; la rate est augmentée de volume, il y a plus de globules blancs, moins de rouges ; tantôt enfin le sarcome de l'amygdale peut développer sa marche à côté d'une infection sanguine et purpura généralisés.

On peut alors se demander, avec MM. Josias et Tollemer, si le sarcome de l'amygdale ne serait pas une *néoplasie infectante* du tissu lymphoïde de cette dernière, et si, dans certains cas du moins, sarcome, lymphosarcome, lymphome ne seraient pas les manifestations locales d'une maladie infectieuse de tout le tissu lymphoïde.

L'origine et la porte d'entrée, ainsi que la nature de cette infection probable demeurent inconnues. Quant à la voie suivie par elle, tantôt elle serait lymphatique, tantôt sanguine, mais il semble bien qu'elle puisse être lymphatique et sanguine à la fois.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

Examen macroscopique. — Il y a peu de choses à dire sur l'aspect macroscopique du sarcome.

Ces tumeurs peuvent atteindre le volume d'un œuf de poule, d'une mandarine. Elles sont recouvertes ou non de tissus musculaires provenant des constricteurs du pharynx.

La surface de section montre un tissu ferme, blanchâtre sec au raclage.

Examen microscopique. — Parfois il s'agit, comme dans le cas de Verneuil, d'un sarcome à volumineuses cellules rondes, à gros noyaux, parfois d'amas serrés de cellules petites, avec noyaux de grandes dimensions, minces travées de tissu conjonctif et vaisseaux de néoformation, sans paroi propre, creusés à l'emporte-pièce. Cette seconde variété est plus grave, plus maligne, à tendance plus envahissante. On trouve les mêmes caractères au niveau des métastases et des ganglions.

Parmi les premiers cas recueillis, 4 seraient

du lymphosarcome (*Billroth*, *Goodhurst*, *Honsell*, *Bacon*) ; 4 autres du sarcome globo-cellulaire (*Milani*, 2 cas, *Gray*, *Honsell*) ; 1 enfin du sarcome alvéolaire (*Gray*). Nous verrons, en traitant du diagnostic, combien il est difficile de différencier entre elles toutes ces tumeurs conjonctives, et particulièrement celles qui s'attaquent au tissu lymphoïde.

CHAPITRE III

Etude clinique

Le début du sarcome est ordinairement insidieux. Parfois c'est à la suite d'une angine récente (cas de Josias et Tollemer), ou plus ancienne (cas de Verneuil où l'angine précéda de dix mois l'apparition de la tumeur), parfois sur une simple hypertrophie tonsillaire, parfois même sans cause appréciable, que se manifestent les premiers accidents. Ils sont d'ailleurs peu accentués, et les parents viennent consulter presque toujours pour des troubles de la phonation ou de la déglutition. La voix est nasonnée, l'articulation de certaines syllabes pénible ou défectueuse : c'est la *voix amygdalienne*.

Rarement il existe une gêne constante ; celle-ci n'apparaît guère qu'à la déglutition.

Si l'enfant n'est pas porteur de végétations adénoïdes, et si les fosses nasales et le pharynx sont libres, la respiration est normale ; il peut cependant y avoir un peu de ronflement pendant le sommeil, parfois un peu de salivation.

Il existe rarement au début des douleurs du côté de l'oreille et des troubles de l'ouïe.

L'enfant présente d'ailleurs les apparences extérieures d'une santé parfaite, et M. Moizard insiste avec raison sur le contraste de l'état général trompeur avec la lésion locale, qui peut se révéler comme très grave dès le premier examen.

Or celui-ci doit être extrêmement attentif, car il importe beaucoup que le diagnostic soit posé de très bonne heure.

Il dénote une hypertrophie en masse de l'amygdale atteinte, l'amygdale du côté opposé restant normale. La surface est rouge, très vascularisée, sillonnée ou non de veinules ; la rougeur s'étend souvent à la moitié correspondante du voile du palais. A ce moment, la tumeur est lisse, régulière, sans trace ni menace d'ulcération.

Le toucher s'impose ensuite. Il devra apprécier le volume, la mobilité, la consistance, les irrégularités. Il sera rapide et fait avec douceur pour éviter les nausées, les hémorragies même ; il s'étendra non seulement à l'amygdale, mais aux parties avoisinantes et surtout aux piliers du voile.

La tumeur est de consistance ferme, élastique, égale partout. Le toucher ne détermine aucune douleur. Plus rarement on constate une hypertrophie molle de l'amygdale « qui n'est pas enclavée dans sa loge, n'adhère pas aux piliers, qu'on attire facilement à soi avec une pince à traction, et ne donnant pas l'impression d'une infection très maligne » (Sebileau).

Il y a rarement ulcération à cette date.

Il peut exister déjà une légère adénopathie sous-maxillaire, mais elle peut aussi faire défaut, comme dans le cas de MM. Moizard, Denis et Rabé.

Bien que tous les cas de sarcome de l'amygdale chez l'enfant relatés jusqu'à présent semblent primitifs, le fait signalé par M. Routier d'un sarcome apparaissant après l'ablation d'un appendice volumineux, d'une part, d'autre part l'observation de MM. Brockaert et Laroy rendent plus que jamais nécessaire un examen attentif de tous les organes sans exception, et en particulier des organes à tissu lymphoïde ou lymphatique : foie, rate, ganglions. Il ne faudra pas oublier d'étudier la formule sanguine et de prendre la température.

On devra se méfier enfin tout spécialement des tumeurs débutant par une angine, comme dans le cas du lymphome malin de MM. Josias et Tollemer, où l'amygdale présentait un aspect phlegmoneux, avec une ulcération grisâtre et dépôt pultacé à la face interne.

Une règle générale, de la plus haute importance, s'impose dès qu'on soupçonne fortement ou qu'on a reconnu l'existence d'une tumeur amygdalienne. Il n'y faut toucher à aucun prix, soit au bistouri, soit au thermocautère. En effet, de même que l'essai du traitement des néoplasmes par le mercure ou l'iodure de potassium produit un effet désastreux sur leur évolution en la précipitant, ainsi que le faisait remarquer Verneuil, de même *tout traumatisme, si léger*

soit-il, a pour résultat de donner un coup de fouet à la tumeur.

MM. Moizard, Denis et Rabé avaient relevé ce point dans trois observations. En effet, dans celle de MM. Josias et Tollemer, on voit que le malade fut traité pendant dix jours par des pointes de feu, et qu'une incision fut pratiquée qui donna issue à un peu de sang.

Gray Troby croit avoir affaire à un abcès. Il incise, ne trouve pas de pus, incise une seconde fois et ne fait jaillir que du sang. La tumeur augmente considérablement de volume. Geronzi fait la même constatation.

Dans le cas de MM. Moizard, Denis et Rabé, une incision précoce et superficielle exagère en quelques jours l'hypertrophie : la face interne de la tonsille dépasse le plan de la luette qui est refoulée à droite, son bord inférieur dépasse les replis épiglottiques ; en avant le pilier antérieur et la moitié gauche du voile du palais bombent vers l'orifice buccal.

Dans le but d'éliminer complètement l'hypothèse d'une suppuration profonde, un laryngologiste pratique une nouvelle incision, plus pénétrante : il ne s'écoule que du sang. La tumeur augmente de volume avec une extrême rapidité, sous les yeux, refoulant la luette, envahissant tout l'isthme, ne laissant entre elle et l'amygdale droite qu'une simple fente linéaire. Aussi, rien que huit jours après l'entrée du malade à l'hôpital, la déglutition devient très difficile, la dyspnée apparaît, telle bientôt qu'on fait l'ablation

de la tumeur. Les deux premières étapes, marquées par les incisions simples, avaient été comme brûlées ; la troisième fournit un répit d'un mois, après quoi le mal reprend de plus belle sa marche fatale.

Le cas rapporté par MM. Josias, Delille et Gy n'est pas moins démonstratif. En mars 1905, augmentation de volume de l'amygdale droite. Le 13 avril, amygdalotomie. Huit jours après, récidive rapide et volumineuse avec hypertrophie ganglionnaire.

Enfin, dans la discussion qui s'engagea à la Société de Chirurgie, à propos du cas de M. Routier, entre MM. Delbet et Sebileau, celui-ci disait, parlant des tumeurs conjonctives : « Leur extraction n'est pas très difficile ; l'hémorragie est petite ; l'opération est simple, les suites en sont bénignes. Mais la cicatrisation est à peine terminée que la récidive apparaît. Alors, la tumeur gagne les piliers, le voile, et envahit le pharynx. Elle devient volumineuse et obstrue l'isthme du gosier. » Et il ajoutait : « Ces néoplasmes, d'ordre lymphoïde, frappent l'appareil ganglionnaire, contrairement à ce que font les tumeurs conjonctives banales. Mais les ganglions conservent de l'élasticité et de la mobilité ; comme la tumeur elle-même, ils donnent l'illusion d'une chose assez bénigne. Mais l'apparence est trompeuse. »

Ainsi, sous l'influence néfaste d'une intervention intempestive ou de par l'évolution naturelle et spontanée de la maladie, nous voyons la tumeur augmenter de volume, ainsi que les ganglions.

La tumeur, qui était mobile, énucléable et non

adhérente, lisse et non ulcérée, devient fongueuse, bourgeonnante. Elle émet des bourgeons mous et saignants, rouge vineux, qui envahissent progressivement le fond de la loge, les piliers, le voile, les joues même, et vient bomber dans la bouche, masquant la luette et refoulant la langue en avant.

Les ganglions, qui manquaient au début, comme dans le cas de MM. Moizard, Denis et Rabé, ou étaient légèrement hypertrophiés, subissent au même degré l'influence du coup de fouet de l'intervention. Ils forment bientôt une tumeur sous-maxillaire qui embrasse l'angle de la mâchoire et proémine au-devant du sterno-mastoïdien ; ceux du creux sus-claviculaire peuvent être envahis.

Et, comme le fait remarquer M. Sebileau, ces manifestations ganglionnaires ne s'observent que dans les sarcomes ou les tumeurs conjonctives affectant le tissu lymphoïde. Nous avons vu, en effet, pour notre part, un sarcome de la paroi lombaire gauche évoluer en une vingtaine d'années, suivi de récidives assez longues après chaque opération, atteindre des proportions effrayantes et envahir la moitié gauche du dos, de l'omoplate à la crête iliaque, formant une saillie considérable et obligeant le malade à se coucher à plat ventre, nous avons vu cette tumeur se développer, s'ulcérer plus d'une année avant la mort sans jamais avoir retenti sur l'appareil ganglionnaire.

En même temps que la tumeur et les ganglions

augmentent de volume, les troubles fonctionnels vont s'accentuant rapidement.

Ce qui domine bientôt, ce sont les troubles mécaniques ; la douleur n'apparaît que plus tard et le malade éprouve seulement une sensation de constriction, de corps étranger.

La dysphagie s'accroît : restreinte d'abord aux aliments solides, elle s'étend vite aux demi-liquides, puis aux liquides eux-mêmes. Le malade avale de travers, fait des efforts qui occasionnent parfois le reflux des aliments par le nez. On a noté également des nausées et des vomissements à la suite d'accès de toux quinteuse, spasmodique.

La phonation, dont l'altération est si précoce, devient de plus en plus difficile. La voix est extrêmement nasonnée, et bientôt elle fait place à l'émission de sons inarticulés, incompréhensibles.

Presque toujours il y a, à un moment donné, ou durant toute l'évolution du néoplasme, une sialorrhée abondante, continue, fétide et très fatigante pour le malade. Il peut s'y mêler du sang ; on a vu de véritables hémorragies, à la phase d'ulcérations ou lorsqu'il y avait purpura et infection hépatique, comme dans l'observation de MM. Josias, Delille et Gy, mais elles ont été trop peu abondantes pour déterminer la mort.

La douleur, nulle en général au début, fait son apparition à la période terminale : « Elle se présente, dit M. Moizard, sous forme de névralgies dans la sphère du trijumeau, avec irradiations cervicales et

auriculaires. Chez notre petit malade qui n'avait pas souffert jusqu'au moment de l'intervention chirurgicale et qui ne souffrit pas pendant les premières semaines qui la suivirent, elle signala le début de la récidive et prit rapidement une acuité telle que nous dûmes pratiquer d'abord une, puis plusieurs injections de morphine, quotidiennement. »

Les douleurs d'oreille, très intenses, sont parfois le fait d'une otite moyenne qui se complique de perforation tympanique et d'écoulement purulent.

Le symptôme douleur, par contre, peut faire complètement défaut, témoin le cas de M. Josias, où il n'est pas relaté que le malade ait souffert à aucun moment.

Ce qui est constant, ce sont les troubles respiratoires. Ils débutent par une gêne légère, inconsciente : l'enfant dort la bouche ouverte et ronfle pendant son sommeil. Puis, la dyspnée se manifeste plus intense au fur et à mesure que la tumeur obstrue le pharynx ; secondairement, et par œdème de la glotte sans doute, elle devient telle que le malade est pris de véritables accès de suffocation, pouvant déterminer une intervention immédiate. C'est ce qui eut lieu pour le petit malade de M. Moizard, dont le sarcome fut enlevé sur les supplications de la mère.

D'ailleurs, c'est le plus souvent l'asphyxie qui est la cause de la mort. Dans les deux cas de M. Josias, elle nécessita la trachéotomie, provoquant un tirage sus-sternal et sus-claviculaire intense, rendant le

décubitus horizontal impossible et obligeant le malade à quitter son lit.

La mort peut être due à des complications pulmonaires ou à la cachexie. L'état général, qui, au début et quelquefois assez longtemps, frappe par le contraste de son intégrité avec la malignité et la gravité progressive des accidents locaux, devient de plus en plus mauvais. Le malade s'amaigrit, ses yeux s'enfoncent dans ses orbites, son visage pâlit et se couvre de sueurs ; son anémie est extrême. De la diarrhée peut apparaître et M. Josias a pu observer une généralisation avec purpura, subictère, augmentation de volume du foie et de la rate, bref, une infection de l'organisme tout entier sous une influence absolument indéterminée.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Diagnostic différentiel. — Si le sarcome de l'amygdale en pleine évolution est en général facile à reconnaître, il n'en est pas de même au début, où il a pu être confondu avec une suppuration amygdalienne ou péri-amygdalienne, et plus souvent encore avec *l'hypertrophie simple*.

Ce n'est pas une amygdalite aiguë, très douloureuse et accompagnée de trismus, de fièvre, qui donnera le change, mais bien les inflammations subaiguës ou chroniques, et les suppurations enkystées simulant parfaitement une tumeur solide. Mais alors le malade a manifesté des poussées successives d'amygdalite, et il y a toujours un engorgement ganglionnaire sous-maxillaire correspondant au côté atteint.

Les calculs cryptiques peuvent également donner lieu à une erreur.

L'hypertrophie simple est la cause la plus fréquente de méprises fâcheuses. On sait combien elle est

commune chez l'enfant. Ses caractères ont été bien étudiés dans une revue générale des tumeurs de l'amygdale, publiée par MM. A. Guépin et M. Ripault dans la *Gazette des Hôpitaux* (23 juin 1894). Nous les résumerons en quelques mots :

L'hypertrophie simple est bilatérale, régulière, non accompagnée d'ulcérations ; de consistance également ferme ; sans adhérence avec les parties voisines ; coexistence de catarrhe chronique du rhino-pharynx, de granulations et de végétations adénoïdes ; fixité remarquable des troubles fonctionnels, bilatéralité de l'engorgement ganglionnaire.

Quoi qu'il en soit, « *toute hypertrophie limitée à un seul côté doit être tenue pour suspecte et examinée avec un soin particulier* », l'enfant ou l'adolescent étant exposés tout aussi bien aux tumeurs malignes qu'aux simples inflammations. De même, il importe de revoir le malade à intervalles rapprochés « pour étudier la marche prise par l'affection, son extension, l'envahissement de voisinage, l'apparition d'une petite ulcération, ou pour constater au contraire des symptômes négatifs ».

Mais, contrairement à ces auteurs, nous croyons, avec M. Moizard, que la ressource précieuse, au point de vue diagnostic, de l'ablation d'un fragment d'amygdale pour en faire l'examen histologique, doit être systématiquement rejetée. Tout le monde est d'accord pour reconnaître, et les derniers faits observés justifient pleinement cette manière de voir, que tout traumatisme, quel qu'il soit, incision,

excision, pointes de feu, extirpation, produit les effets les plus fâcheux sur l'évolution ultérieure du néoplasme.

Mieux vaut donc s'en tenir à un examen attentif et répété.

Les chancres ou gommes syphilitiques seront plus facilement distingués par l'étude approfondie des antécédents, de la tumeur et des ganglions sous-occipitaux. On pourrait faire l'épreuve du traitement spécifique. Mais, si elle a réussi une fois chez un enfant porteur d'une gomme qui guérit en vingt jours (thèse d'Ardenne, Bordeaux, 1896-1897), il ne faut pas oublier qu'elle peut être néfaste : témoins le cas de lymphome rapporté par MM. Josias et Tollemer, où le traitement donna un coup de fouet à la tumeur. On ne devra donc l'employer qu'après mûr examen et avec une extrême circonspection.

Quant aux tumeurs bénignes : polypes, fibromes, papillomes, elles sont en général facilement reconnaissables d'emblée.

Diagnostic de la nature. — Le diagnostic de tumeur maligne de l'amygdale étant bien établi, il reste à se demander si l'on est bien en présence d'un sarcome véritable. Or, le problème n'est pas facile à résoudre.

Nous avons vu déjà que les tumeurs amygdaliennes de la série conjonctive sont des types très divers et forment un groupe assez confus, suivant la remarque de MM. Delbet et Sebileau.

Le fait qu'elles s'attaquent au tissu lymphoïde modifie leur physionomie et contribue encore à la

confusion. La coïncidence constatée d'une infection généralisée, de purpura, d'une part, d'hypertrophie folliculaire de l'appendice avec augmentation de volume de la rate, d'autre part, élargit le problème sans l'éclairer.

S'agit-il d'un lymphadénome, de lymphome ? Est-ce du sarcome ou du lymphosarcome ? Quelle est la valeur respective de ces diverses dénominations, et peut-il être établi entre elles une ligne de démarcation bien nette ?

Sans doute, dans le cas de sarcome, il y a discordance entre les signes locaux et l'état général. L'engorgement ganglionnaire apparaît tardivement, surtout à la phase d'ulcération, formant bloc avec la tumeur elle-même, et demeure localisé à la région sous-maxillaire.

Dans le lymphadénome au contraire, on trouve les ganglions du cou, de l'aine et de l'aisselle envahis, et des deux côtés simultanément. Le foie, la rate sont augmentés de volume, alors qu'ils seraient normaux dans des cas de sarcome.

De même l'examen du sang serait négatif pour le sarcome et donnerait, pour le lymphadénome, une diminution du nombre des hématies et une augmentation de celui des globules blancs.

Mais la distinction est loin d'être aussi marquée dans toutes les observations.

On a vu, en effet, un sarcome de l'amygdale succéder à une hypertrophie appendiculaire et une augmentation de volume de la rate avec un sang de leu-

cémique, sans engorgement ganglionnaire autre que celui de la région sous-maxillaire.

On a vu également le sarcome de l'amygdale reconnu histologiquement coexister avec un purpura généralisé, gros foie, grosse rate, mais cette fois encore sans ganglions aux aines ni aux aisselles.

Quant à la division d'espèce en sarcome ou lymphosarcome, elle n'est guère plus facile à établir. Ainsi que le font remarquer MM. Brockært et Laroy dans le travail déjà cité sur le lymphosarcome, « la grande majorité des anatomo-pathologistes sont d'accord pour admettre combien il est difficile de reconnaître un sarcome à petites cellules d'un lymphosarcome ; le stroma réticulé, qu'on ne doit pas regarder comme un élément néoplasique, mais plutôt comme une réaction des tissus environnants qui fournissent le substratum à la tumeur, n'est pas un élément de diagnostic différentiel. Aussi, plusieurs auteurs ne distinguent plus le lymphosarcome du sarcome à petites cellules, car il est certain qu'un sarcome à petites cellules, se développant primitivement au niveau d'un tissu lymphoïde préexistant, sera presque sûrement un lymphosarcome. La voie des métastases peut aussi fournir quelques renseignements, le sarcome métastasant de préférence par les veines, le lymphosarcome par les lymphatiques ».

Le sarcome de l'amygdale serait donc le plus souvent, sinon toujours, comme l'émettait M. Josias, *du lymphosarcome ou maladie avec néoformation*

de tissu lymphatique. Il serait dès lors important de rechercher, dans tous les cas de sarcome de l'amygdale, la néoformation de tissu lymphoïde dans les organes qui, macroscopiquement, paraissent sains et au microscope montreraient peut-être des lésions lymphoïdes. De même, un examen attentif du foie, de la rate est nécessaire, ainsi qu'une recherche minutieuse et complète des métastases.

CHAPITRE V

Marche et Pronostic

La marche du sarcome de l'amygdale est particulièrement rapide chez l'enfant.

Relativement modérée et insidieuse au début, elle s'accélère, comme nous l'avons constaté plus haut, à la moindre irritation, et aboutit, entre deux et dix mois, à la terminaison fatale, généralement par asphyxie.

Verneuil, dans le cas qu'il relate, parle bien d'une guérison opératoire, mais il est à penser qu'elle fut de courte durée et bientôt suivie de récidive.

Honsell et Hopkins auraient observé chacun un cas de guérison.

Dans le cas de Honsell, il s'agissait d'un myxosarcome qui, opéré une première fois, récidiva et fut de nouveau extirpé. Le malade mourut plus tard, mais l'auteur ne nous dit pas de quelle façon.

Quant à Hopkins, l'enfant de treize ans qu'il observa était atteint d'une tumeur amygdalienne qui

récidiva trois fois. La dernière récidive fut traitée par des injections quotidiennes de toxine érysipélateuse et de *bacillus prodigiosus*, qui auraient presque fait disparaître la tumeur (*Acad. med. New-York*, 26 oct. 1898). Mais cette observation est trop peu précise pour emporter la conviction.

Depuis, tous les faits observés se sont terminés par la mort. M. Routier a eu l'obligeance de nous fournir quelques renseignements sur la jeune malade dont nous avons parlé à plusieurs reprises. Sur le conseil de ses collègues de la *Société de Chirurgie*, il l'opéra. Une amélioration trompeuse, comme il arrive toujours en pareil cas, se produisit. Il revit la malade plusieurs fois ; elle était très satisfaite de son état, quand deux ou trois mois après, la récidive apparut, bientôt suivie d'envahissement progressif métastatique et de cachexie.

CHAPITRE VI

Traitement

Le traitement médical, par l'arsenic en particulier, est absolument sans action sur le sarcome.

Les rayons X, qu'on a employés dans ces derniers temps ne sont pas plus efficaces.

Quant au traitement chirurgical, il faut l'envisager à deux périodes différentes.

Lorsque des adhérences se sont produites, que les ganglions sont envahis, l'opération pratiquée dans ces conditions ne pourra être que palliative et remédier momentanément à des accidents de suffocation, par exemple comme dans le cas MM. de Moizard, Denis et Rabé. Il s'ensuivra, pendant un mois ou deux, rarement davantage, un sommeil trompeur du processus, qui, brusquement, reprendra sa marche à pas de géant.

Les ablations très larges, conseillées par MM. Plicque (*Annales des maladies de l'oreille*, juin 1894) et Morestin (*Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*, t. VI, p. 345), sont logiques en apparence, mais

n'en demeurent pas moins en fait inefficaces, et tôt ou tard, ainsi que le déclare M. Sebileau, il faut pratiquer la trachéotomie, qui reste elle-même un traitement purement palliatif.

Tout à fait au début, alors que la confusion avec l'hypertrophie simple demeure possible et qu'on est encore dans le doute, ou dès que le diagnostic est établi, on peut espérer qu'une intervention sera suivie d'effet sûr et définitif. Mais rien d'affirmatif n'est possible à ce sujet.

Le malade de MM. Moizard, Denis et Rabé présentait au premier examen une amygdale augmentée de volume, dure, élastique, mais non adhérente et non accompagnée d'engorgement ganglionnaire. Une incision légère fait accomplir au mal des progrès sensibles en quelques jours, et les auteurs insistent sur l'influence désastreuse de ce genre de tentative. Qui peut dire qu'une ablation totale de l'amygdale n'eût pas été suivie du même résultat ?

Il faudrait donc pouvoir intervenir avant même que le diagnostic fût posé, lorsque le doute est encore possible entre le néoplasme et l'hypertrophie simple. C'est là une condition idéale qu'on ne rencontre presque jamais.

Aussi, nous croyons-nous autorisé à tirer de ces considérations les conclusions suivantes :

Puisque, d'une part, nous ne pouvons rien, ou presque rien, sur une tumeur maligne de l'amygdale avérée, puisque, d'autre part, l'hypothèse de la nature infectieuse du sarcome, en certains cas du

moins, est rationnelle et basée sur des faits ; puisqu'enfin nous savons combien les amygdales hypertrophiées constituent un parfait réservoir microbien, une porte d'entrée facile et largement ouverte à une foule d'infections, en même temps qu'elles créent un obstacle parfois considérable et une sérieuse entrave aux échanges pulmonaires ainsi qu'au développement général, physique et intellectuel des enfants, il convient pour toutes ces raisons, d'adopter une mesure précoce, toujours réalisable, dans les meilleurs conditions possibles d'efficacité.

Et, chaque fois qu'un enfant se présentera avec des amygdales volumineuses, avec le facies adénoïdien caractéristique et les signes qui l'accompagnent, suivant en cela l'exemple et les préceptes de notre maître, M. Moizard, qui ne cesse d'insister sur l'importance étiologique considérable des infections rhino-pharyngées, il faudra conseiller à la mère de faire morceler ces amygdales ou racler ces végétations qui demeurent un danger permanent et peuvent devenir la source des plus graves complications.

Le traitement général ne sera pas d'un mince secours. Des expériences récentes sont venues confirmer la haute valeur thérapeutique de l'iode, depuis longtemps connu (Alfred Martinet, *Presse Médicale*, 2 juin 1906, p. 351). Elles ont montré que « l'iode agit surtout par stimulation du tissu lymphoïde et peut être considéré comme le médicament spécifique de ce tissu ». Il serait un agent d'immunisation excel-

lent et, « dans la pratique, servirait pour le mieux les intérêts de l'organisme lorsqu'il aura à pourvoir rux frais d'une immunisation durable » (Lortat-Jacob).

Ainsi donc, morcellement de toute amygdale hypertrophiée, enlèvement des végétations adénoïdes, surveillance étroite du rhino-pharynx d'une part, stimulation de l'activité du tissu lymphoïde par l'iode d'autre part, nous semblent encore les meilleurs moyens, pour ne pas dire les seuls efficaces, dans le traitement préventifs des tumeur malignes de l'amygdale contre lesquelles les interventions opératoires sont impuissantes et la chirurgie désarmée sans aucun espoir de retour.

CONCLUSIONS

I. — Le sarcome de l'amygdale est une rareté chez l'enfant.

II. — Il est le plus souvent primitif et isolé ; mais les derniers cas observés montrent qu'il peut être l'accompagnement ou la suite de lésions du tissu lymphoïde, d'autres organes ou même d'une infection sanguine généralisée.

Son origine reste indéterminée. Il semble qu'il s'agisse d'une « néoplasie infectante du tissu lymphoïde ». La nature de l'agent infectieux n'a pu être reconnue.

III. — Dans la majorité des cas, le sarcome de l'amygdale chez l'enfant est à petites cellules et, partant, d'allure très maligne.

IV. — Il débute insidieusement, au milieu des apparences extérieures de la santé la plus parfaite, par de l'hypertrophie et des troubles de la phonation.

L'examen ne doit pas être borné à la région amygdalienne, mais porter sur tous les organes à tissu lymphatique ou lymphoïde.

Les faits démontrent que tout traumatisme, quel

qu'il soit, a pour effet de donner un coup de fouet à la tumeur et que incision, excision, pointes de feu et autres moyens semblables de diagnostic doivent être rejetés systématiquement.

Contrairement au sarcome du tissu conjonctif ordinaire, le sarcome de l'amygdale s'accompagne toujours d'un engorgement ganglionnaire considérable.

Seuls les troubles respiratoires sont constants, et c'est l'asphyxie qui détermine la mort dans la plupart des cas.

V. — Le diagnostic n'est difficile qu'au début, en particulier avec l'hypertrophie simple.

En règle générale, toute hypertrophie simple unilatérale doit être tenue pour suspecte et examinée avec soin.

Quant à la nature de la tumeur, étant donné que celle-ci se développe sur du tissu lymphoïde, il est presque sûr que c'est du lymphosarcome.

VI. — La marche est toujours rapide et le pronostic fatal.

VII. — Le traitement chirurgical peut être envisagé à deux points de vue différents :

1° La tumeur est avérée ; il y a des adhérences et des ganglions. L'extirpation, même pratiquée très largement, est toujours suivie de récidive ;

2° Il y a confusion possible avec l'hypertrophie simple et le diagnostic est encore indécis. Mais il est rare qu'on ait à examiner les malades à cette date et nous ne sommes malheureusement pas assuré

qu'une intervention ne produira pas d'effet fâcheux.

Il reste donc, avec le traitement général par l'iode, « médicament spécifique du tissu lymphoïde », le morcellement de toute amygdale hypertrophiée, l'ablation des végétations adénoïdes, l'hygiène précoce et constante du rhino-pharynx, en un mot la thérapeutique préventive sous toutes ses formes et avec tous ses moyens, la chirurgie curatrice demeurant impuissante vis-à-vis du sarcome lui-même.

Vu : le président de la thèse,
SEGOND

Vu : le Doyen.
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1870. — Milani. — Gazette méd. italienne.

1872. — Goodshurst. — Jahresber, d. Ges. Med.

1873. — Passaquay. — Thèse de Paris.

1879. — Frieschwald. — Wien. Med. Wochens., nº 44.

1886. — Terrillon. — Arch. gén. de méd., août.

1887. — Gray Troly (W.). — Tr. Acad. med. Ireland, Dublin.

1888. — Lannois. — Polype de l'amygdale, Lyon médical, 4 novembre.

1889. — Wolfenden. — Journal of. Laryngol., nº 10.

Plicque. — Pronostic et traitement des tumeurs malignes de l'amygdale. Ann. des mal. de l'oreille et du larynx, avril.

Juhel-Rénoy. — Arch. de laryngol., juin.

Lediard. — The Lancet, 23 nov.

1890. — Rivière. — Ann. mal. de l'oreille, déc.

1891. — Lejars. — Arch. gén. méd.. déc.

Civel. — Thèse de Paris.

1892. — Gardner. — Sarcome of the Tonsille, Austral. med. Journ.

Creswell. — Archives of otologie, 1892 et Annales des mal. de l'oreille et du larynx, 1893.

Baber. — Arch. of. otol., t. XXI, p. 2.
Newmann. — Amer. Journ. of. Med. Sc., mai.
Batho. — Brit. med. Journ., 28 juillet.
Lake. — Brit. med. Journ., 16 juillet.
1893. — Romme. — Gaz. hebd. de méd. et chir.
Duret. — Journ. des Sc. méd. de Lille.
Johnson. — Anal. in Bull. méd., 22 mars.
Lermoyez. — Ann. des mal. du larynx, avril.
Verneuil. — Gazette des Hôpitaux, décembre.
1894. — Tussau. — Lyon méd., 22 avril.
Guépin et Ripault. — Revue générale des tumeurs de l'amygdale. Gaz. des Hôpitaux, 23 juin.
1895. — Bacot. — New-York med. Journ., août.
1896. — Honsell. — Betträge f. clin. Chir.
Ardenne. — Thèse de Bordeaux.
1901. — Josias et Tollemer. — Lymphome malin généralisé. Presse médicale, 14 déc.
1904. — Moizard, Denis et Rabé. — Les tumeurs malignes de l'amygdale chez l'enfant. Arch. de méd. des enfants, août.
1905. — Josias, Delille et Gy. — Médecine moderne, 21 juin.
Arnoz-Alfaro et Santas. — Arch. méd. enfants, octobre, p. 602.
Routier. — Soc. Chirurgie, 22 nov.
1906. — Brockaert et Laroy. — Ann. des mal. de l'oreille et du larynx, mars, p. 235.
Martinet. — Presse médicale, 2 juin, p. 351.
Morestin. — Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet, t. VI, p. 345.

Imp. de la Faculté de Médecine, Bonvalot-Jouve, 15, rue Racine, Paris

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 18 Juillet 1906, à 1 heure

PAR

Henri CARRIÈRE

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Externe des Hôpitaux
Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

Du Sarcome de l'Amygdale

CHEZ L'ENFANT

Président : M. SEGOND, *professeur*

Juges MM. DELENS, *agrégé*
RIEFFEL, *agrégé*
DUVAL (PIERRE), *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat.
BROCA (ANDRÉ	GOUGET	MAILLARD	
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.